FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947

THESE

N° 706

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Marcel MAMBRÉ

Né le 6 Février 1920, à Paris-8e

Présentée et soutenue publiquement le 5 *Novembre* 1947

ÉTUDE SUR LES ÉTATS CHRONIQUES DE DÉNUTRITION (ATHREPSIE) SECONDAIRES AUX OTO-MASTOÏDITES LATENTES

Président : M. CATHALA, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1947

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Marcel MAMBRÉ

Né le 6 Février 1920, à Paris-8e

Présentée et soutenue publiquement le 5 *Novembre* 1947

ÉTUDE SUR LES ÉTATS CHRONIQUES DE DÉNUTRITION (ATHREPSIE) SECONDAIRES AUX OTO-MASTOÏDITES LATENTES

Président : M. CATHALA, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1947

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... LÉON BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. ..... JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (JUSTIN)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problemes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET (Charles)
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N.. ff DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale.	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie.	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale.	FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ

	MM.
Pathologie chirurgicale	PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (J.).
Pharmacologie.	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiâtrie	BARUK.
Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE.
	BASSET.
	DE GAUDART D'ALLAINES.
	FUNCK-BRENTANO.
	GATELLIER.
	MENEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY.
	BOULIN.
	CHEVALLIER.
	COSTE.

	M.
Clinique médicale	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	TURPIN.
Clinique obstétricale	ECALLE.
	LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clin. otho-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinons émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CATHALA

Professeur de la Chaire d'Hygiène et Clinique
de la Première Enfance de l'Hôpital Trousseau

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LESNE

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin Honoraire de l'Hôpital Trousseau

Commandeur de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

L'oto-mastoïdite occupe une place de premier plan dans la pathologie du nourrisson.

L'objet de cette thèse est avant tout de montrer la fréquence des formes latentes à l'origine de certains états de dénutrition et en particulier de l'athrepsie chronique, et surtout de montrer les moyens d'arriver au diagnostic le plus précocement possible, souvent même en l'absence de tout signe otoscopique afin de poser plus sûrement les indications de l'antrotomie.

Cette étude nous a été inspirée par Monsieur LESNÉ et les observations que nous rapportons sont celles prises dans son service de l'hôpital du Perpétuel Secours à Levallois et dans le service de Monsieur le Professeur CATHALA, observations dont il a bien voulu nous autoriser à faire état. Les interventions chirurgicales ont été pratiquées par le Docteur ROUGET, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Trousseau.

HISTORIQUE

Des troubles de la nutrition aussi accusés que ceux que l'on observe dans le premier âge ne pouvaient pas ne pas attirer l'attention des anciens médecins — on les trouve mentionnés en effet avec plus ou moins de précision depuis le XVI[e] siècle sous le nom de : « Emaciation infantile, atrophie infantile, marasme infantile » —.

MERCURIALI, médecin italien qui, au XVI[e] siècle, enseignait à Padoue et à Bologne a publié en 1583 un traité « De morbis puerorum ». Il était très érudit et son œuvre est utile à consulter quand on veut savoir ce que les Anciens ont écrit sur ce sujet.

Au livre I, chapitre III, de l'édition vénitienne de 1644 (opuscula aurea et selectoria), il décrit l'atrophie infantile sous le nom de « macies » (amaigrissement). Il dit que cet état a été dénommé par les gens ἰσχνιτης (maigreur) et λεπτοτης (gracilité) et par les Latins : macies — macilentia — gracilitas — tennitas — macritudo — mais il ne cite pas le mot atrophie.

Cependant, d'après le médecin aragonais SORIANO, qui a laissé un ouvrage écrit en 1600, l'expression « atrophie infantile», aurait été employée par les Grecs, on ne trouve pas immédiatement après d'autre travail qui mérite d'être mentionné; il faut attendre PARROT qui, en 1877, étudia très à fond tous ces états de

dénutrition et, c'est à lui, le premier, que revient le mérite d'avoir laissé l'ouvrage le plus important et le plus intéressant sur la question.

PARROT ne conserva pas le mot atrophie et créa le mot « athrepsie » (α privatif — τρεψις nourriture) qui désigne un état de dénutrition propre au nourrisson.

Nous ne parlerons pas ici des états d'athrepsie aiguë mais seulement des *états chroniques de dénutrition grave ou d'hypotrophie,* réservant plus particulièrement ce dernier terme, comme l'a proposé NOBÉCOURT, aux nourrissons de plus de six mois.

L'aspect de ces enfants est toujours le même; il s'agit, en général, de petits malades qui présentent une insuffisance pondérale marquée; leur courbe de poids est, en effet, stationnaire depuis quelque temps. Ce que l'on constate dès l'inspection, c'est l'état d'amaigrissement; il y a une fonte du panicule adipeux, le visage est ridé, la peau de l'abdomen se laisse aisément plisser, sauf en cas de météorisme qui est fréquent à cette période.

Les yeux sont souvent cernés et quelquefois déjà excavés.

Contrairement aux états d'athrepsie aiguë, il n'y a pas souvent de troubles digestifs, s'ils existent, ils sont peu importants et ne réalisent jamais le tableau que l'on rencontre dans la toxicose aiguë.

Fait capital également, et qui permet de classer bien à part ces états de dénutrition, c'est que ces malades sont souvent *apyrétiques.*

On peut dire, en somme, que les caractères principaux reconnus au cours de l'examen sont : la pâleur de la peau, le météorisme, la diminution de la tonicité musculaire, le fléchissement progressif de la courbe de poids qui, après cette phase descendante reste ensuite

stationnaire, la diminution des fonctions statiques et motrices.

Nous allons chercher quelles sont les causes de ces états de dénutrition et montrer la fréquence de l'oto-mastoïdite à leur origine.

ETIOLOGIE

Nous distinguerons des causes *adjuvantes* et des causes *efficientes*.

— Parmi les premières, il faut citer la débilité congénitale, les tares héréditaires, l'absence de l'allaitement maternel, le manque d'hygiène, les locaux insalubres et le manque de soins.

— Plus importants sont les *seconds*.

Dans un article récent publié dans « Le Nourrisson », M. LÉVESQUE insiste sur la fréquence de la *pharyngite* évoluant lentement, en cinq ou six mois, et dont la traduction clinique est avant tout l'hypotrophie. « La courbe de poids décrit un plateau très irrégulier, avec des périodes où le poids augmente, d'autres où il diminue progressivement. Pendant toute cette période de maladie subaiguë, la gorge est rouge avec ce granité rose et brillant si particulier ».

L'importance de cette pharyngite est grande. Car elle exerce ses effets dans deux directions différentes :

a) L'une accessoire quoique souvent cliniquement prédominante, c'est l'*infection de l'oreille,* conséquence de l'infection du cavum. On ne saurait trop souligner que tout au long de la maladie l'infection oto-antrale est constante, comme en témoignent les paracentèses, les interventions sur l'antre;

b) L'autre capitale est l'atteinte cérébro-méningée. Celle-ci ne se manifeste qu'à longue échéance, après

cinq ou six semaines, où elle est cliniquement latente. Toutefois, pendant cette période et en dehors de toute complication, l'action toxique propre de la pharyngite est suffisamment mise en évidence par l'hypotrophie qui en est la conséquence pratique.

Cette hypotrophie est sous la dépendance d'un trouble du métabolisme de l'eau relevant lui-même d'un dysfonctionnement du cerveau végétatif.

— A côté de cette pharyngite subaiguë, LÉVESQUQE dans son article, signale la fréquence de la *rhino-pharyngite* qui peut produire des états toxiques simples.

D'une façon générale on peut dire que tous les *états infectieux* sont capables de déclencher chez le nourrisson des troubles graves de la nutrition et de le conduire à l'hypothrepsie chronique, qu'il s'agisse d'affections des voies respiratoires supérieures, telles que celles que nous venons de décrire ou de broncho-pneumonies, d'affections des voies urinaires qui entretiennent un état d'infection latente.

Les *troubles gastro-intestinaux,* tels que la dyspepsie du lait de vache, les vomissements habituels, les diarrhées, peuvent conduire l'enfant à l'hypotrophie.

Mais il faut insister sur le fait que toutes ces causes reconnues suffisamment tôt peuvent être facilement traitées et qu'au bout de peu de temps l'état général de l'enfant est très amélioré.

Il en va tout autrement lorsque, cliniquement, il n'existe aucune étiologie évidente, c'est alors qu'on devra toujours penser, en raison de sa fréquence à une cause otitique, à l'*oto-mastoïdite latente.*

— Maurice RENAUD, le premier, en 1921, à la Société Médicale des Hôpitaux, insista sur l'importance des lésions de l'oreille moyenne comme cause de mort chez le nourrisson et, en particulier, de l'otite latente.

« La suppuration des oreilles est la lésion essentielle, la seule qui puisse être considérée comme cause

suffisante de mort. Elle est facteur de gravité et de mort par un double mécanisme : d'abord la présence de pus en cavité close est une cause certaine de bactériémie et d'infection qui évolue, soit sur un mode aigu, soit au contraire à bas bruit pendant des semaines avec des poussées qui toutes attirent l'attention. Dans le premier cas, elle amène la mort rapidement au milieu d'un syndrome de toxi-infection grave avec prédominance de signes nerveux ou gastro-intestinaux. Dans l'autre, elle n'amène la mort qu'après une évolution torpide et assez longue provoquant une déchéance organique avec émaciation progressive qui ne se différencie en rien chez un nourrisson en voie d'athrepsie de celle que l'on observe chez les sujets atteints de suppuration profonde et close (abcès du foie, pleurésie purulente ou abcès du cerveau).

La suppuration de l'oreille et du rocher sont dans le premier âge le facteur essentiel sinon exclusif de mort, leur présence rendant toute guérison spontanée impossible ».

— Récemment nous avons observé dans le service de Monsieur LESNÉ, à l'hôpital de Levallois, un certain nombre de nourrissons dont nous rapportons ici les observations, arrivés en état d'athrepsie ou d'hypothrepsie chronique sans qu'aucune cause évidente puisse y être rattachée.

Ces enfants, après un temps d'hospitalisation plus ou moins prolongé, alors que pour certains d'entre eux les examens otoscopiques restaient négatifs et que leur état général de plus en plus déficient allait rapidement les conduire à une mort certaine ont été opérés d'antrotomie qui a révélé la présence de pus dans les deux mastoïdes.

Le premier problème qui se pose semble être le problème pathogénique.

PATHOGENIE

La question principale est de savoir si l'oto-mastoïdite a précédé ou non l'athrepsie, si l'oto-mastoïdite est *primitive* ou *secondaire*.

Comme nous venons de le signaler plus haut, Maurice RENAUD et RIBADEAU-DUMAS ont été parmi les premiers à invoquer l'oto-mastoïdite à forme atténuée ou subaiguë ou chronique à l'origine de certains états d'athrepsie. Il semble bien que nos observations viennent confirmer cette opinion et prouvent que l'infection latente des mastoïdes est susceptible de déterminer des états prolongés de dénutrition chez le nourrisson. La question du reste est de première importance car c'est dans les formes primitives où l'oto-mastoïdite est responsable des accidents de dénutrition que les chances de guérison après antrotomie sont les plus grandes.

Il est très évident qu'il faudrait se garder de se montrer trop intransigeant car, dans certains cas, il peut s'agir d'un enfant, au départ très bien portant, que l'infection latente par son intensité et sa continuité conduit à l'athrepsie et dans d'autres cas un nourrisson déjà hypothrepsique devient un terrain de choix pour le conduire à l'athrepsie confirmée.

On peut dire, en somme, qu'il y a souvent enchevêtrement des causes et des effets, car il faut bien insister sur le fait que si l'oto-mastoïdite est responsable dans la majorité des cas de l'athrepsie, celle-ci n'est possible que si le terrain est préparé, il s'agit, en effet,

la plupart du temps d'enfants qui ont été privés de l'alimentation au sein et vivant dans des locaux surpeuplés ou insalubres. L'athrepsie est, en effet, une maladie de la nutrition qu'il faut rattacher à des causes multiples qui ont bien souvent la même origine, l'absence d'hygiène.

ETUDE CLINIQUE

Cette étude dépend essentiellement des différentes *formes* que peuvent revêtir les oto-mastoïdites, elle sera d'ailleurs illustrée plus loin par l'étude de quelques observations.

Nous nous référons à la classification de RIBADEAU-DUMAS qui distingue des *formes franches* et des formes *camouflées* ou *clandestines*. Ces dernières nous intéressent surtout, puisque ce sont celles où rien ou peu de signes attirent l'attention sur l'oreille, celles où l'enfant en état de dénutrition est amené au pédiatre.

Parmi ces formes camouflées, il y a lieu de faire une distinction entre les *formes latentes* et les *formes occultes*.

— *Les formes latentes* sont celles où devant un trouble grave de l'état général on trouve une cause à l'oreille. En général, il n'y a pas évidemment de signes cliniques de mastoïdite, mais une modification pathologique du tympan.

— *Les formes occultes,* au contraire, sont celles où rien n'explique les troubles généraux, le diagnostic est essentiellement un diagnostic d'exclusion. Il s'agit, en général, d'un enfant présentant les symptômes de l'état de dénutrition chronique, décrits plus haut, dont la courbe de poids est restée longtemps stationnaire et qui, après ce stade en plateau a une tendance progressive à s'abaisser et reste rebelle à toute médication.

Cette chute de poids n'a aucune cause apparente. les troubles digestifs sont inconstants et, quand ils existent, ne sont pas assez importants pour expliquer la carence de la nutrition.

Malgré tout, une température un peu élevée doit faire penser à rechercher un foyer septique latent.

Lévesque d'ailleurs, l'a très nettement signalé dans un article récent : « En dehors des maladies organiques de l'estomac ou de l'intestin (sténose du pylore, par exemple), en dehors de certaines intolérances graves ou le lait est absolument exclu de l'alimentation, l'hypothrepsie vraie n'est guère due qu'à l'infection subaiguë du nourrisson; à côté de la diphtérie, de la tuberculose, de la pyélonéphrite, de la gonococcie, des infections cutanées et beaucoup plus fréquemment qu'elles, la mastoïdite latente est la grande cause d'athrepsie.

Bien sûr, des dyspepsies mal soignées ou complexes, la débilité du nourrisson, peuvent entraîner des stagnations de poids prolongées, mais il est exceptionnel qu'un traitement décisif ne soit pas vite trouvé ».

Si, après un diagnostic de dyspepsie, le traitement diététique ne réussit pas rapidement, il y a lieu, à notre avis, de se méfier d'une infection latente qui a peut-être entretenu la dyspepsie, qui est certainement responsable de la perte de poids.

— Il est bien évident que la forme cachectisante ne représente pas le seul aspect clinique réalisé par les oto-mastoïdites latentes, bien au contraire; c'est ainsi que le syndrome cholériforme se rencontre avec encore une plus grande fréquence. Malgré tout, les statistiques ont prouvé la fréquence relative des athrepsies déclenchées par un foyer otitique.

Les statistiques suivantes montrent d'une part, la fréquence des *formes camouflées* et d'autre part, celle de l'oto-mastoïdite cachectisante.

— *Fréquence des oto-mastoïdites* CLANDESTINES :

— RIBADEAU-DUMAS

96 % de formes camouflées,
dont 85 % de formes latentes,
11 % de formes occultes.

— CATHALA

41 % de formes camouflées sur 64, soit 64 %.
dont 36 formes avec signes otoscopiques.

— LÉVESQUE sur 24 opérés

15 formes latentes,
5 formes occultes.

— L'HIRONDEL sur 42

14 cas de formes asthéniques primitives,
11 cas de formes asthéniques secondaires,
5 cas de formes compliquées.

— BOUCHE, dans sa thèse de 1943

sur 120 nourrissons opérés :
46 formes latentes : 38 %,
7 formes occultes : 6 %.

— *Fréquence de l'oto-mastoïdite cachectisante :*

— RIBADEAU-DUMAS

44 % de formes latentes ou occultes.

— LÉVESQUE

7 fois sur 24 antrotomies.

— Mlle ROCHE, thèse de Lyon, mars 1946

sur 139 enfants, 20 étaient des hypothrepsiques ou des athrepsiques.

— Notre statistique en rapporte

4 cas sur 12 antrotomies.

DIAGNOSTIC

Sur quels éléments fonder le diagnostic ? Quels sont les signes cliniques et les examens complémentaires qui permettent d'arriver au diagnostic ?

Disons tout d'abord que ce diagnostic se fera *en deux temps :* dans un premier temps on éliminera par des examens répétés les autres causes possibles de dénutrition chronique et dans un second temps on demandera au spécialiste un examen otoscopique pour savoir s'il existe des signes locaux justifiant une intervention. Il s'agit, en somme, de faire le diagnostic étiologique puis à discuter les éléments du diagnostic positif.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Ce diagnostic est toujours difficile car les signes qui témoignent presque toujours de l'agression toxi-infectieuse au cours du premier âge sont les mêmes, quelle qu'en soit la cause.

Tout d'abord, il faut interroger la mère, ce qui permet souvent de faire le diagnostic des causes alimentaires; ces causes peuvent être des erreurs portant sur la quantité ou la qualité de l'alimentation du nourrisson.

Dans la presque totalité des cas, il s'agit d'enfant au biberon.

Il faut de toute nécessité s'enquérir sur les conditions matérielles de vie de l'enfant et se rappeler que l'athrepsie chronique est essentiellement rencontrée dans ls milieux pauvres où le manque d'hygiène et le manque de soins jouent un rôle favorisant.

Ensuite, on devra faire un examen minutieux de l'enfant, examiner avant tout l'appareil digestif, tenir compte des troubles gastro-intestinaux.

S'agit-il d'un enfant présentant ce qu'on a coutume d'appeler des vomissements habituels ou présentant une dyspepsie du lait de vache ou une gastro-entérite plus ou moins prolongée ou une sténose pylorique ?

On recherchera dans les antécédents les plus proches une maladie infectieuse, tous les états infectieux pouvant entretenir une hypothrepsie chronique. Nous avons souligné plus haut l'importance des *pharyngites,* des *rhino-pharyngites,* de toutes les affections du cavum; des broncho-pneumonies, des infections urinaires.

L'examen ne sera complet que si l'on demande des radiographies pulmonaires après avoir pratiqué une cuti-réaction, et que si l'on a recherché des signes de syphilis congénitale.

Ce diagnostic sera donc un *diagnostic d'exclusion* rendu difficile par des signes cliniques banaux et communs à toutes les infections latentes que l'on peut rencontrer chez le nourrisson du premier âge.

C'est ainsi que la fièvre dans ces états athrepsiques, si elle existe, reste peu élevée, n'apparaît qu'à la période terminale de la maladie et que d'ailleurs la plupart du temps elle n'apparaît même pas, ceci plus fréquemment dans les formes graves et chez des enfants très jeunes ou débiles.

Le signe qui attire le plus l'attention à part l'aspect même de l'enfant, c'est l'allure de la courbe de

poids qui accuse toujours une baisse sensible, progressive, s'arrête souvent au bout de quelques jours, mais ne se relève jamais, quel que soit le traitement, quel que soit le régime auquel l'enfant est soumis.

C'est alors que devant ce signe majeur l'aspect de cet enfant qui devient d'une pâleur cireuse, à la face ridée, aux yeux excavés, alors qu'aucune des causes invoquées plus haut n'a été trouvée, le médecin doit à ce moment demander un examen otoscopique que devrait pouvoir pratiquer tout pédiatre.

Le spécialiste répondra alors *s'il existe ou non des signes appréciables d'otite*. Nous allons étudier maintenant les moyens qui permettront de donner une réponse.

DIAGNOSTIC D'OTO-MASTOIDITE

a) L'examen otoscopique.

C'est un examen difficile et minutieux qui doit être fait avec beaucoup de patience. Chez le nourrisson, en général, le conduit auditif externe est étroit, il est encombré de poils, de débris épidermiques, de cérumen, et chez le malade deshydraté les replis tégumentaires particulièrement accentués rendent l'examen plus difficile encore.

L'enfant doit avant tout être bien maintenu par un aide; il est nécessaire d'avoir de bons instruments et surtout un jeu de spéculums de petites dimensions.

Le pavillon doit être attiré en bas et en dehors, c'est-à-dire vers soi pour redresser le tube membraneux; il faut ensuite nettoyer avec beaucoup de soins le conduit auditif, le débarrasser des débris qui pourraient masquer le tympan, en faisant attention de ne pas traumatiser les parois cutanées et, surtout, de ne pas faire saigner.

Le tympan normal du nourrisson se présente sous la forme d'une membrane elliptique presque circulaire à grand axe antéro-postérieur. Sa couleur est blanc-grisâtre; la tache lumineuse est constante, mais plutôt ovalaire que triangulaire. L'apophyse externe du marteau est très nette, plus basse que chez l'adulte; le manche par contre, est pratiquement invisible.

Le segment postéro-supérieur de la membrane qui représente la membrane de Schrapnell a presque toujours une teinte rosée, ce qui rend moins franche la délimitation entre paroi postéro-postérieure du conduit et écran tympanique.

Les aspects que présente le tympan pathologique sont devenus classiques depuis le rapport de Le Mée et Bloch; il ne s'agit, bien entendu, que du tympan de l'otite latente. On observe le plus souvent :

— des modifications de couleur : rougeur en croissant circonscrivant la courte apophyse, ce qui pour Le Mée représente le tympan type de l'angine rétro-nasale; puis au cours de l'évolution la rougeur et le gonflement s'accentuent et s'accompagnent de la disparition de la tache lumineuse et du relief de la courte apophyse.

Le caractère le plus net de l'otite latente est ce teint mat, terne, gris sale, sans reflet lumineux que prend le tympan. Il existe toutefois d'autres aspects; c'est ainsi qu'il est fréquent d'observer le « tympan givré », le « tympan lilas », etc...

En somme, il existe des formes qui se présentent sous un aspect tel que le diagnostic d'otite ne fait plus de doute; mais il faut savoir que l'on peut trouver des altérations plus discrètes, une simple rougeur, par exemple, localisée le long du manche du marteau ou un épaississement de la membrane sans tache lumineuse, qui sont le témoin du retentissement tympanique d'une infection de l'oreille moyenne; et enfin, ne pas oublier que bien souvent, et en particulier dans le cas qui nous

occupe spécialement de l'oto-mastoïdite de l'athrepsique, *le tympan, même à des examens répétés, reste normal;* c'est alors que l'on peut parler d'*oto-mastoïdite* occulte, et c'est au pédiatre que revient la décision de l'acte opératoire.

b) La paracentèse.

Trois éventualités peuvent se produire :

— *Le tympan est nettement infiltré,* présente un des aspects caractéristiques que nous avons décrits plus haut; la paracentèse donne issue à du pus franc.

— *Le tympan est simplement congestif;* la paracentèse donne issue à du sang pur; cette hémorragie tympanique n'indique pas d'ailleurs l'absence d'otite, mais oriente au contraire le diagnostic vers une infection latente.

— *Le tympan est normal;* la paracentèse est blanche.

Là encore, on ne peut en déduire des conclusions formelles, d'ailleurs l'on tend de moins en moins à lui accorder de valeur absolue depuis que l'on connaît mieux l'existence de cloisonnements attico-tympaniques, les antrites primitives bloquées.

Bouche, dans sa thèse de 1943, rapporte sept cas de paracentèse blanche où l'antrotomie a montré des lésions mastoïdiennes étendues.

Il semble donc que l'on peut vraiment parler de mastoïdite sans otite apparente, soit que dans certains cas, peut-être, la mastoïdite existe seule, soit, et c'est l'opinion de Le Mée et Bloch, que l'otite ait passé inaperçue.

Ce qui paraît essentiel, c'est d'insister sur le fait que l'examen du tympan étant difficile chez le nourris-

son, on ne doit se prononcer d'une façon formelle sur son seul aspect.

LA PONCTION D'ANTRE

La technique de la ponction d'antre a été mise au point en 1939, par GRENET et L'HIRONDEL, puis par LALLEMAND et BOELLE.

En 1941, L'HIRONDEL dans sa thèse, « La ponction d'antre, importance de l'oto-mastoïdite dans la pathologie du nourrisson », en fit une étude très importante qui suscita de vives controverses.

Ce nouvel examen permettrait, d'après L'HIRONDEL, d'arriver au diagnostic d'oto-mastoïdite en étudiant les divers renseignements fournis, à savoir :

— le contact,

— la perméabilité,

— le contenu.

— Le contact osseux doit donner aisément une impression tactile spéciale en cas d'ostéite : « un contact pathologique possède une valeur diagnostique absolue ».

— La recherche de la perméabilité renseigne sur les rapports de l'antre avec les cavités voisines.

— Le contenu. Il est recueilli par aspiration; son examen cyto-bactériologique est évidemment le temps capital.

Mais la ponction qui a paru un moyen de diagnostic au début, eut rapidement ses détracteurs.

La première critique que l'on a pu faire, c'est le danger qu'elle présente; en particulier, le danger d'infection au cas où l'on blesse le sinus et la dure-mère.

La seconde critique fut la suivante : lorsque la ponction ramène du pus, elle a certes une valeur, mais,

a-t-on dit, le pus peut aussi venir de la caisse par aspiration, et lorsque la ponction est négative il peut quand même y avoir du pus qui siège dans des cellules péri-antrales ou zygomatiques, ou qui est bloqué par des fongosités.

MARQUÉZY a même montré qu'il pouvait y avoir des antrites sans pus : « La ponction d'antre a des défaillances qui s'expliquent par la deshydratation; il faut réhydrater le nourrisson par perfusion avant la ponction ».

D'autres auteurs enfin, ont publié des cas où l'intervention a montré des antres sains et où néanmoins une guérison parfaite s'en est suivie.

Il semble donc que, comme moyen diagnostique, on ne puisse accorder à la ponction d'antre une valeur absolue; c'est une méthode qui n'est pas sans présenter des dangers réels et qui, en raison des erreurs qu'elle peut entraîner, ne peut apporter au diagnostic des éléments d'absolue certitude.

Enfin, nous nous contenterons de mentionner seulement deux autres examens dont le premier surtout, semble être d'importance secondaire :

— *La leucocytose sanguine* de laquelle il ne paraît pas possible de tirer aucune conclusion pratique pour affirmer la mastoïdite; et la *radiographie* qui n'est pas fréquemment utilisée, mais qui peut cependant apporter une contribution utile et aider au diagnostic d'une oto-mastoïdite non reconnue cliniquement.

En conclusion, il faut insister sur la pauvreté des signes otoscopiques chez cet enfant hypotrophique (formes latentes) ; souvent même l'examen est absolument négatif (formes occultes).

C'est à l'antrotomie que l'on s'adressera le plus

souvent; elle devra être bilatérale. Faite rapidement et à temps, elle fera très fréquemment le diagnostic et aura l'avantage d'assurer en même temps le traitement.

THERAPEUTIQUE

Nous envisagerons tout d'abord le traitement médical, sulfamidothérapie et pénicillinothérapie.

La première a souvent donné des résultats décevants, car on l'accuse d'empêcher les symptômes de mastoïdite de s'extérioriser, alors qu'elle ne peut les enrayer complètement.

La seconde est évidemment d'un emploi encore très récent et il est difficile d'avoir déjà une opinion bien arrêtée.

A l'heure actuelle, il semble que l'on obtienne de bien meilleurs résultats lorsqu'elle est employée localement, soit par ponction d'antre, soit par antrotomie, mieux qu'en traitement général.

Dans certains services spécialisés, à Paris, on a mis au point une technique qui permet facilement des lavages répétés de l'antre avec une solution de pénicilline.

Mais jusqu'à ces derniers temps, l'antrotomie seule, comme nous le disions plus haut, était le traitement le plus efficace, et elle reste, en effet, le traitement de fond duquel on peut tirer les meilleurs résultats.

INDICATIONS DE L'ANTROTOMIE

D'une façon générale, on peut dire que l'on doit pratiquer l'antrotomie quand on ne trouve aucune autre cause aux signes généraux et si, évidemment, il s'ajoute des signes de réaction tympanique; elle seule assure le drainage de l'antre et la suppression du foyer d'infection.

Elle permet d'autre part, dans les formes occultes de découvrir l'antrite; c'est une opération relativement bénigne qui n'entraîne que fort peu d'accidents post-opératoires.

Dans les observations personnelles que nous rapportons, d'antrotomie chez des athrepsiques, la guérison immédiate s'en est suivie; la courbe de poids s'est relevée le plus souvent très précocement, amorçant son ascension dès le deuxième ou troisième jour; la fièvre même a baissé rapidement.

Il est nécessaire toutefois, aussiôt après l'opération, de pratiquer une transfusion sanguine de cinq à dix centimètres cubes par la voie du sinus longitudinal, que l'on répétera le lendemain et encore pendant deux ou trois jours, ou en laissant un jour d'intervalle entre chaque transfusion.

L'alimentation doit être reprise le plus vite possible pour faciliter la réhydratation que l'on peut aider d'ailleurs par des injections sous-cutanées de sérum artificiel. Mais cette alimentation doit être progressive et l'aliment de choix est le lait humain, les tout premiers jours; ensuite on peut donner du babeurre et, au bout de huit jours environ, il est possible de reprendre un allaitement au pélargon pendant encore quelque temps, comme période de transition avant le régime normal.

En conclusion, on peut dire que l'antrotomie, si elle est pratiquée suffisamment tôt, est un excellent moyen thérapeutique; il serait exagéré de croire que l'on peut guérir, grâce à elle, tous les enfants athrepsiques atteints d'une infection mastoïdienne, mais les statistiques prouvent cependant que les succès opératoires sont plus nombreux lorsque l'on a affaire à des états d'athrepsie qu'à des syndromes cholériformes par exemple.

Une statistique de RIBADEAU-DUMAS indique, en effet :

65 % de guérisons dans les mastoïdites avec athrepsie,

38 % de guérisons seulement dans les mastoïdites avec syndrome cholériforme.

Une statistique de LÉVESQUE, PERROT et RENAUP indique à peu près les mêmes résultats :

60 % de guérisons dans les mastoïdites avec athrepsie,

30 % de guérisons dans les syndromes toxiques.

OBSERVATIONS

Les observations que nous publions ici proviennent d'enfants hospitalisés l'hiver dernier dans le service de Monsieur LESNÉ à l'hôpital du Perpétuel Secours à Levallois, ou l'an dernier dans le service de Monsieur le Professeur CATHALA et qu'il a bien voulu nous communiquer.

OBSERVATION N° 1

Enfant *Alice L...* Née à terme : 2.040 gr.

Agée de *trois mois*, entre le 30 septembre dans le service, présentant une pâleur cireuse, des yeux excavés, un état d'athrepsie très marqué.

Poids : 2.580 gr.

Elle est nourrie au lait calcique puis au lait humain. Sa courbe de poids reste stationnaire entre 2.700 gr. et 2.800 gr.

Le 12 octobre, épisode pulmonaire : quelques râles aux bases, chute de poids qui nécessite une transfusion.

Le 30 octobre, le poids reste toujours à 2.800 gr.

A ce moment, on note une otorrhée à droite. *Examen O. R. L.* pratiqué par Monsieur ROUGET.

Il trouve un tympan infiltré et conseille une surveillance étroite en vue d'une intervention possible.

Le lendemain, on pratique une transfusion sanguine de 10 cm3 qui est répétée deux fois de suite à un jour d'intervalle.

L'état général semble s'améliorer très légèrement dans les jours

qui suivent. L'otorrhée disparaît, mais la courbe de poids reste invariablement entre 2.700 gr. et 2.800 gr.

C'est alors que Monsieur Lesné demande l'intervention qui est pratiquée par Monsieur Rouget :

Le 12 novembre :

Antrotomie bilatérale : présence de pus dans les deux mastoïdes.

On note une température à 39°5.

Une transfusion de 10 cm3 est pratiquée. Le lendemain, la température redevient normale à 37°7.

Deux jours après l'intervention, alimentation au lait de femme et babeurre fariné ; la courbe de poids commence déjà à remonter ; l'enfant prend 60 gr. en vingt-quatre heures.

Les selles sont normales.

A partir de ce moment, la courbe de poids n'a cessé d'augmenter (20 à 40 gr. par jour).

Le 29 décembre, elle pèse 3.970 gr. contre 2.860 gr. le jour de l'intervention.

En juin dernier, la petite malade était toujours dans le service et pesait à treize mois : 6.200 gr. ; en septembre, elle va très bien, son poids est de : 7 kg. 250.

OBSERVATION N° 2

Hélène B...

Née à terme. Poids : 2.900 gr.

Nourrie au sein pendant deux mois et demi.

Puis, lait de vache.

A. H. — Mère, vingt-et-un ans, bien portante.

Quatrième grossesse.

Autres enfants normaux et bien portants.

Entre dans le service à deux mois et demi, le 1er mars 1947, pour vomissement et perte de poids.

Elle présente un très mauvais état général : hypothrepsie; à l'examen on ne constate ni gros foie, ni grosse rate.

La température est normale. Aucun signe anormal d'auscultation pulmonaire.

Le 12 mars, on constate une légère otorrhée à droite. Elle est alors montrée en O. R. L., le spécialiste répond :

OD : écoulement normal.

OG : normale.

Dans les jours qui suivent, les vomissements augmentent malgré le régime épais. On fait alors du sérum en goutte-à-goutte sous-cutané : 720 cm3.

Le 18 mars, elle est remontrée en O. R. L.

A droite : paracentèse : sérosité.

A gauche : pus franc.

En raison de la persistance des vomissements, de la courbe de poids qui ne cesse de descendre brusquement et est à ce moment à 3.500 gr., malgré la mise en œuvre des traitements habituels, l'état général qui s'altère rapidement, on demande un transit gastrique. Il ne montre qu'un œsophage un peu dilaté et un spasme gastrique plus accentué au niveau du cardia. Mais il n'existe aucun signe radiologique de sténose.

On donne aussitôt de l'atropine qui diminue, certes, les vomissements, mais n'empêche pas la baisse continuelle de la courbe de poids (3.200 gr.).

Le 21 *mars*, un nouvel examen O. R. L. est pratiqué :

O. D. : tympan légèrement infiltré.

O. G. : rien à signaler.

Après un relèvement peu important et éphémère du poids, nouvelle chute brusque et le 1er avril l'enfant ne pèse plus que 3.000 gr.

C'est alors que Monsieur Lesné demande l'intervention :

Antrotomie bilatérale : pus dans les deux mastoïdes. La thérapeutique habituelle ests instituée : deux transfusions de 10 cm3. Sérum : goutte-à-goutte sous-cutané 400 cm3.

Deux jours après l'opération, la courbe de poids remonte à 3.260 gr. puis 3.280 gr. et, en huit jours, elle atteint 4.000 gr.

Depuis ce moment, l'enfant a pris régulièrement 30 gr. environ par jour et à sa sortie, le 22 *mai*, un mois et demi après l'intervention, elle pesait 4.500 gr.

OBSERVATION N° 3

Enfant Jean D...; cinq mois.

Entre dans le service de Monsieur le Professeur Cathala le 9 juillet 1946.

Envoyé par le médecin de famille pour vomissements.

Poids à son entrée : 3.900 *gr.*

Présente tous les signes de l'enfant hypothrepsique. La température est à 38° puis 39°.

Le lendemian de son arrivée, c'est-à-dire le 10 juillet, il est montré en O. R. L.

Tympans sub-normaux des deux côtés.

Paracentèse exploratrice : résultat négatif.

Le 13 *juillet* 1946 :

Nouvel examen O. R. L.

O. G. : tympan sub-normal.

O. D. : tympan cicatriciel.

Le 15 *juillet* 1946 :

O. G. : tympan normal.

O. D. : tympan normal.

tympans normaux.

Le 18 *juillet* 1946 :

O. D. : tympan un peu rosé.

O. G. : tympan sub-normal.

La courbe de poids est tombée à 3.700 gr.

L'état général continue à s'altérer.

Devant les signes généraux de plus en plus marqués, malgré le peu de signes otoscopiques, l'*antrotomie* est pratiquée sur demande médicale.

Compte rendu opératoire :

— A droite : l'antre est envahi par une masse fongueuse bien limitée par une membrane solide semblant venir de l'additus.

Parois de l'antre ostéitiques — cellules de la racine postérieure du zygoma infiltrées. Curettage. Corticales respectées — mèches.

— A gauche : sérosité sanglante et pus dans l'antre — fongosités dans l'additus.

Curettages. Corticales respectées — mèches.

OBSERVATION N° 4

Guy B..., un mois et demi.

— Poids de naissance : 3 kg. 560.

Entre le 23 mai 1946 dans le service de Monsieur le Professeur CATHALA.

Malade depuis deux jours avec : toux — vomissements, diarrhée.

— Poids à l'arrivée : 3 kg.

A son entrée, on note le mauvais aspect de l'enfant : le teint gris, cyanosé, une fontanelle un peu déprimée, une cyanose des extrémités, des yeux creux, un état de deshydratation assez marqué, la peau garde le pli au niveau de l'abdomen.

Enfant très amaigri.

On remarque de plus une toux assez fréquente.

A l'auscultation : on note quelques râles fins peu nombreux dans les deux champs pulmonaires.

Examen O. R. L. pratiqué le 23 mars 1946 :

O. D. : tympan normal.

O. G. : tympan blanchâtre, bombé.

Une paracentèse est pratiquée et montre la présence de sang.

Le 24 mars 1946, devant l'aspect raide de l'enfant, une P. L. a été pratiquée.

L'examen cytologique montre de très rares monocytes, quelques lymphocytes et polynucléaires. Quelques jours après, les signes généraux semblent s'améliorer, amélioration très passagère, car une nouvelle aggravation ne tarde pas à se produire et :

Le 11 avril 1946 :

Un nouvel examen O. R. L. est demandé :

O. D. : tympan blanc, bombé, paracentèse : sang.

O. G. : tympan rouge, paracentèse : pus.

Le 16 juin 1946 :

Examen O. R. L. :

O. G. : tympan rosé, non bombé.

O. D. : tympan rosé, bombé. Paracentèse : pus.

Le 18 juin 1946 :

O. G. D. : tympans rosés, un peu bombés.

Paracentèses : sérosités purulentes.

Depuis son entrée dans le service, la courbe de poids qui était remontée il y a quelques jours, reste maintenant stationnaire aux environs de 3.300-3.400 gr.

C'est alors que l'on redemande encore un examen O. R. L.

Le 24 avril 1946 :

Examen O. R. L. :

O. D. : tympan normal.

O. G. : écoulement fétide.

Le 26 avril 1946 :

O. D. : écoulement séro-purulent.

O. G. : tympan infiltré en arrière.

L'enfant est alors suivi très régulièrement dans les jours qui suivent dans le service d'oto-rhino.

Le 7 mai 1946 :

On décide de faire une *antrotomie*, qui a montré une mastoïdite à gauche et une ostéite de l'antre.

Aussitôt après l'intervention la courbe de poids remonte rapidement à 4.000 gr., ascension interrompue pendant quelques jours par un épisode pulmonaire de courte durée.

L'enfant quitte l'hôpital le 14 juin. Sa guérison a été complète ; son poids était alors de 5.000 gr.

OBSERVATION N° 5

Enfant Jacques Ch..., six mois.

Né à terme ; accouchement normal.

Poids de naissance pendant un mois, ensuite au lait condensé.

Entre dans le service pour diarrhée, le 25 septembre, son poids est de 5.000 gr.

Examen à l'entrée : enfant pâle, peu éveillé.

Il existe également un certain degré de deshydratation. Température aux environs de 37°5.

Cet état dure déjà depuis deux mois, l'enfant pousse mal et présente des troubles digestifs fréquents.

Le 26 septembre :

Il est montré en O. R. L.

Tympans normaux, mais le spécialiste demande à le revoir le lendemain.

Le 27 septembre :

Tympans normaux.

Le 2 octobre :

Tympans normaux.

Le 4 octobre :

L'enfant est apyrétique mais on constate une chute de poids, progressive d'ailleurs depuis plusieurs jours : (400 gr. en huit jours).

Le 7 octobre :

Nouvel examen O. R. L. : toujours négatif.

Il n'y a plus *ni fièvre, ni diarrhée, ni vomissements.*

Le 9 octobre :

On redemande un examen O. R. L., les tympans sont toujours normaux.

Le 11 octobre :

La courbe de poids reste stationnaire.

L'examen O. R. L. indique :

O. G. : tympan normal.

O. D. : au contact du porte-coton, hémorragie légère, tympan congestif, on fait une paracentèse : écoulement de sang.

L'état général semble un peu s'améliorer dans les deux ou trois jours qui suivent; puis la courbe de poids redescend et

Le 20 octobre 1946 :

On refait un examen O. R. L. :

O. G. : tympan normal.

O. D. : la paroi postéro-supérieure bombe un peu et est infiltrée.

Le 24 octobre :

On décide de faire une *antrotomie* bilatérale qui a montré l'existence de pus dans les deux mastoïdes.

A partir de ce moment, l'enfant a augmenté régulièrement de poids; la guérison a été complète, sans incidents et il est sorti de l'hôpital le 28 novembre, pesant 5 kg. 900.

OBSERVATION N° 6

Enfant Claude J...

Six semaines, entre à l'hôpital Trousseau le 19 avril 1946.

Poids à l'arrivée : 2.800 gr.

Enfant en état de dénutrition grave et deshydraté; il est somnolent et inerte.

Il présente un cerne bleu sous les yeux et autour de la bouche ; quelques vomissements, un peu de diarrhée.

Dans les jours qui ont suivi immédiatement son arrivée, la courbe de poids diminue encore, quel que soit le régime.

Mais on constate une otorrhée très abondante et fétide des deux côtés.

Le 4 mai, il est montré en O. R. L.

Devant les signes généraux importants et l'état d'athrepsie marqué, on décide de pratiquer d'urgence une *antrotomie* qui a révélé la présence d'une énorme quantité de pus des deux côtés.

Les suites opératoires ont été normales et le 7 juin l'enfant a quitté le service, pesant 4.200 gr.

CONCLUSIONS

L'oto-mastoïdite plus ou moins latente, bien que n'étant pas la seule cause des états de dénutrition chronique du nourrisson (athrepsie ou hypothrepsie) est très souvent à l'origine de ces syndromes.

Il existe des facteurs favorisants, au premier rang desquels il faut placer la pharyngite et la rhino-pharyngite, sans toutefois sous-estimer l'influence du manque d'hygiène, de la carence de l'allaitement maternel et l'influence du milieu dans lequel vit l'enfant.

Le problème le plus important réside dans la difficulté du diagnostic; il apparaît donc nécessaire que, chez un enfant en état de dénutrition grave, si l'examen clinique des autres appareils s'avère négatif, il faille toujours songer à une cause otitique et demander un examen otoscopique. Dans les cas moins fréquents heureusement d'oto-mastoïdite absolument occulte, cet examen est négatif; c'est là plus encore que dans les formes latentes que le pédiatre devra prendre ses responsabilités et demander l'antrotomie qui, pratiquée suffisamment tôt, a des chances d'assurer la guérison de certains de ces états chroniques de dénutrition.

C'est en effet, au point de vue du traitement, l'antrotomie qui donne les meilleurs résultats.

Le traitement par la pénicilline employé surtout pour les lavages de l'antre, vient hâter la guérison.

Il ne faut surtout pas négliger les soins généraux post-opératoires, tels que la transfusion sanguine et le

sérum en goutte-à-goutte sous-cutané destiné à lutter contre la deshydratation, veiller à toutes les conditions d'hygiène des locaux (air, soleil) et d'hygiène alimentaire (le lait humain est parfois nécessaire).

Le pronostic après intervention semble, dans ces formes d'athrepsie chronique entretenue par l'oto-mastoïdite, assez favorable, mais il est fonction, répétons-le encore, de la précocité du diagnostic.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
CATHALA

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

ABRAND. — L'otite du nourrisson, en particulier chez les athrepsiques. (*Société de Pédiatrie*, 19 octobre 1922).

BARIÉTY et RENAUD (Joseph). — Anatomie pathologique de l'otite des athrepsiques. (*Archives de Physiologie Normale et Pathologique*, 1869).

BOUCHE. — Indications. Technique et resultats de l'antrotomie dans les oto-mastoïdites du nourrisson. (*Thèse de Paris*, 1943).

CATHALA, LORRAIN (Mlle), MOREL (Mlle). — Oto-mastoïdite latente et états de dénutrition chez le nourrisson. (*Société de Pédiatrie*. Séance du 20 octobre 1936).

DEGLOS et SAINT-GIRONS. — A propos des oto-mastoïdites du nourrisson. (*Société de Pédiatrie*. Séance du 10 juin 1941).

DESSANCE et CHAPA-GUITEL (de Belgrade). — Otite moyenne et troubles digestifs chez le nourrisson. (*Strasbourg Médical*).

LÉVESQUE, PERROT, RENAULT. — Sur les oto-mastoïdites du nourrisson. (*Bulletin Médical*, 15 avril 1941).

LÉVESQUE et LAFOURCADE. — Le problème de l'antrotomie dans les états neurotoxiques du nourrisson. (*Le Nourrisson*, mai-juin 1947).

L'HIRONDEL. — La ponction d'antre. Importance de l'oto-mastoïdite dans la pathologie du nourrisson. (*Thèse de Paris*, 1941).

MARFAN. — (*Le Nourrisson*, 1921).

PARROT. — Leçons sur l'athrepsie, 1877.

RENAUD (M.). — Les otites et les suppurations du rocher chez le nourrisson, leur extrême fréquence, leur importance dans les diarrhées infantiles, leur rôle dans la genèse de l'athrepsie. (*Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, octobre 1921).

RIBADEAU-DUMAS. — Nouvelles remarques sur les oto-mastoïdites du nourrisson. (*Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris*, 10 juin 1941).

ROCHE. — Contribution à l'étude de l'oto-mastoïdite latente du nourrisson. (*Thèse de Lyon*, 1946).

R. FOULON, Imprimeur, 29, Rue Deparcieux, PARIS (14e).